Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

સંમતિ
CONSENT

ગ્રાહકોને નોટીસ: જેઓ તમને અને તમારા પરીવારને જાણે છે તેવી અન્ય સંસ્થાઓ અને વ્યવસાયિકો સાથે કામ કરવા માટે જો અમે સક્ષમ હોઇએ તો ડીપાર્ટમેન્ટ ઓફ સોશિયલ એન્ડ હેલ્થ સર્વીસીસ (DSHS) તમને વધુ સારી રીતે મદદ કરી શકે છે. આ ફોર્મમાં સહી કરીને તમારા અંગેની ખાનગી માહિતીનો ઉપયોગ કરવા અને વહેંચવા માટે નીચે નોંધેલ સંસ્થાઓ અને વ્યક્તિઓ અને DSHS માટે મંજુરી આપી રહ્યા છો. જો તમારી સંમતિની તમારી યોગ્યતા નક્કી કરવા માટે જરૂર પડતી ન હોય તો તેવા સંજોગોમાં જો તમે આ ફોર્મમાં સહી નહીં કરો તો DSHS તમારા લાભો આપવા માટે ઇન્કાર કરી શકતી નથી. જો તમે આ ફોર્મમાં સહી ન કરો તો પણ DSHS કાયદા દ્વારા અપાયેલ મર્યાદા સુધી તમારા અંગેની માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરી શકે છે. જો તમને DSHS કેવી રીતે ગ્રાહકોની ખાનગી માહિતી અથવા તમારા ગુપ્તતાના હક્કોનું આદાન-પ્રદાન કરે છે તે અંગે પ્રશ્નો હોય તો DSHS નોટીસ ઓફ પ્રાઈવેટ પ્રેક્ટીસીસની સલાહ લો અથવા તમને આ ફોર્મ આપનાર વ્યક્તિને પુછવા વિનંતી.

ગ્રાહકની ઓળખ:

નામ	જન્મ તારીખ	ઓળખ નંબર

સરનામું	શહેર	રાજ્ય	ઝીપ કોડ

ટેલિફોન નંબર (એરીયા કોડનો સમાવેશ કરો)	અન્ય માહિતી

સંમતિ:

મારા માટે સેવાઓનું આયોજન કરવા, પુરી પાડવા અને સંકલન કરવા, મારા માટેના ઉપચાર, ચુકવણીઓ અને ફાયદાઓ માટે અથવા કાયદા દ્વારા માન્ય કરાવેલ અન્ય હેતુઓ માટે DSHS ની અંદરની મારા અંગેની ખાનગી માહિતીઓનો ઉપયોગ કરવા માટે હું સંમતિ આપું છું. વધુમાં હું આવા હેતુઓ માટે મારી ખાનગી માહિતીનો ઉપયોગ કરવા અને એકબીજા સમક્ષ પ્રગટ કરવા માટે નીચે નોંધેલી સંસ્થાઓ, પ્રોવાઇડરો કે વ્યક્તિઓને અને DSHS ને મંજુરી આપું છું. માહિતીનું આદાન-પ્રદાન શાબ્દિક રીતે અથવા કોમ્પ્યુટર ડેટા ટ્રાન્સફર મેઈલ અથવા હાથોહાથની રવાનગી દ્વારા થઇ શકે છે.

DSHS ઉપરાંત આ સંમતિમાં જેમનો સમાવેશ થયો છે તે નીચેના બધાને તપાસવા વિનંતી અને તેમને નામ અને સરનામા દ્વારા ઓળખાવો:

- ☐ હેલ્થકેર પ્રોવાઇડર્સ: ____
- ☐ મેન્ટલહેલ્થ કેર પ્રોવાઇડર્સ: ____
- ☐ કેમીકલ ડીપેન્ડન્સી સર્વીસ પ્રોવાઇડર્સ: ____
- ☐ અન્ય DSHS કરારવાળા પ્રોવાઇડર્સ: ____
- ☐ હાઉસિંગ પ્રોગ્રામો: ____
- ☐ સ્કુલ ડીસ્ટ્રીક્ટ કે કોલેજો: ____
- ☐ ડીપાર્ટમેન્ટ ઓફ કરેક્શન્સ: ____
- ☐ એમ્પ્લોયમેન્ટ સિક્યોરીટી ડીપાર્ટમેન્ટ અને તેના એમ્પ્લોયમેન્ટ સાથીઓ: ____
- ☐ સોશિયલ સિક્યોરીટી એડમિનીસ્ટ્રેશન કે અન્ય ફેડરલ એજન્સી: ____
- ☐ જોડેલી યાદી જુઓ
- ☐ અન્ય:

નીચેના રેકોર્ડસ અને માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરવા માટે હું અધિકૃત કરૂં છું અને સંમતિ આપું છું (જે લાગુ પડતું હોય તે બધા જ સામે નિશાની કરો):

- ☐ બધા મારા ગ્રાહકના રેકોર્ડસ
- ☐ જોડેલી યાદી ઉપરના રેકોર્ડસ
- ☐ માત્ર નીચેના રેકોર્ડસ
  - ☐ પરીવાર, સામાજીક અને રોજગારનો ઇતિહાસ
  - ☐ હેલ્થ કેર માહિતી
  - ☐ ટ્રીટમેન્ટ કે કેર પ્લાનો
  - ☐ ચુકવણીના રેકોર્ડસ
  - ☐ વ્યક્તિગત મૂલ્યાંકનો
  - ☐ સ્કુલ, શિક્ષણ અને તાલીમ
  - ☐ અન્ય (યાદી):

નોંધ કરવા વિનંતી: જો તમારા ક્લાયન્ટ રેકોર્ડસમાં નીચેની માહિતી પૈકીની કોઇપણ માહિતીનો સમાવેશ થતો હોય તો તમારે આ રેકોર્ડસનો સમાવેશ કરવા માટે આ વિભાગને પણ પુર્ણ કરવો જરૂરી છે.

હું નીચેના રેકોર્ડસ જાહેર કરવા માટે મારી મંજુરી આપું છું (જે લાગુ પડે તે બધા સાથે નિશાની કરો):

☐ માનસિક આરોગ્ય ☐ એચઆઈવી/એઇડસ અને એસટીડી પરીક્ષણના પરિણામો, નિદાન કે ઉપચાર ☐ કેમિકલ ડીપેન્ડન્સી (CD) સર્વીસીસ

- **આ સંમતિ ☐ એક વર્ષ સુધી માન્ય છે ☐ જ્યાં સુધી DSHS ને રેકોર્ડસની જરૂર પડે છે ત્યાં સુધી અથવા ☐ જ્યાં સુધી DSHS ને રેકોર્ડસની જરૂર પડે છે ત્યાં સુધી અથવા ____ સુધી (તારીખ અથવા ઘટના).**
- **હું લેખિતમાં કોઇપણ સમયે આ સંમતિને રદ કરી શકું અથવા પાછી શકુ પરંતુ તે બાબત અગાઉથી વહેંચવામાં આવેલ કોઇપણ માહિતીને પ્રભાવિત કરશે નહીં.**
- **હું સમજું છું કે આ સંમતિ હેઠળ વહેચવામાં આવેલ રેકોર્ડસ હવે પછી DSHS ને લાગુ પડે છે તે કાયદાઓ હેઠળ રક્ષવામાં આવશે નહીં.**
- **આ ફોર્મની એક નકલ રેકોર્ડસના આદાન-પ્રદાન કરવા માટે મારી મંજુરી આપવા માટે માન્ય છે.**

સહી	તારીખ	સંસ્થાનો સંપર્ક/સાક્ષીની સહી	તારીખ

માતા-પિતા કે અન્ય પ્રતિનિધિની સહી (જો લાગુ પડે તો)	ટેલિફોન નંબર (એરીયા કોડનો સમાવેશ કરો)	તારીખ

જો હું રેકોર્ડસનો વિષય ન હોઉં તો, સહી કરવા માટે હું અધિકૃત છું, કારણ કે હું છું: (અધિકૃતતાનું પ્રમાણ જોડો)

☐ માતા-પિતા ☐ કાયદેસરના વાલી (અદાલતી આદેશ જોડો) ☐ વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ ☐ અન્ય :

માહિતીને મેળવનારને નોટીસ: **જો આ રેકોર્ડસ એચઆઈવી, એસટીડીસ કે એઇડ્સ અંગેની માહિતી ધરાવતા હોય તો તમે ક્લાયન્ટની ચોક્કસ રજા વિના તમે તે માહિતી તમે આગળ જાહેર ન કરી શકો.** જો તમે ગ્રાહક દ્વારા **દવા કે શરાબના દુરુપયોગ** સંબંધિત માહિતી મેળવેલ હોય તો 42 CFR 2.32 દ્વારા જરૂરી બનતી, જ્યારે આગળ માહિતીને જાહેર કરો ત્યારે નીચેની વિગતોનો સમાવેશ કરવો જરૂરી બને છે:

> આ માહિતી ફેડરલ ગુપ્તતાના નિયમો દ્વારા રક્ષિત રેકોર્ડસમાંથી તમારી સમક્ષ પ્રગટ કરવામાં આવેલ છે (42 CFR part 2). જો વધારાના પ્રગટીકરણને જે વ્યક્તિને તે માહિતી લાગુ પડે છે તેમના દ્વારા લેખિત સંમતિ દ્વારા સ્પષ્ટ રીતે મંજુર કરવામાં આવેલ ન હોય અથવા અન્ય રીતે 42 CFR part 2 દ્વારા માન્ય કરવામાં આવેલ ન હોય તો ફેડરલના નિયમો તમને આ માહિતીની કોઇપણ વધારાની જાહેરાત કરવાની મનાઇ ફરમાવે છે. આ હેતુ માટે તબિબી કે અન્ય માહિતીના પ્રગટીકરણ કરવા માટે એક સામાન્ય અધિકૃતતા પૂરતી નથી. કોઇપણ શરાબ કે દવાના દુરૂપયોગવાળા દર્દી ઉપર ગુનાહિત તપાસ કરવા માટે કે કાનૂની પગલા લેવા માટે માહિતીના કોઇપણ ઉપયોગને ફેડરલ નિયમો પ્રતિબંધિત કરે છે.

સંમતિ ફોર્મ પૂર્ણ કરવા માટેની સુચનાઓ

હેતુ: જ્યારે તમારે DSHS ની અંદર એક ગ્રાહક અંગે સાતત્યપૂર્ણ આધાર કરવા માટે તમારે સંમતિની જરૂર પડે અથવા સેવાઓનું સંકલન કરવા માટે અથવા ઉપચાર માટે, ચુકવણી કે એજન્સીના કામો માટે અથવા કાયદા દ્વારા માન્યતા પ્રાપ્ત અન્ય હેતુઓ માટે અન્ય સંસ્થાઓ સમક્ષ માહિતી પ્રગટ કરવા જ્યારે તમારે સંમતિની જરૂર પડે ત્યારે આ ફોર્મનો ઉપયોગ કરો. ગ્રાહકો એવી વ્યક્તિઓ છે કે જેઓ DSHS પાસેથી લાભો કે સેવાઓ મેળવી રહ્યા છે.

ઉપયોગ: વાંચવાની સગવડતા માટે જો શક્ય બને તો ઇલેક્ટ્રોનિકલી આ ફોર્મ ભરી નાખો, **બાળકો સહિતના દરેક વ્યક્તિ માટે, એક અલગ ફોર્મ ભરવું જરૂરી છે.** સુચનાઓમાં રહેલ "તમે" DSHS કર્મચારીનું સુચન કરે છે અને ફોર્મ ઉપર રહેલ "તમે" ગ્રાહકનો ઉલ્લેખ કરે છે. રેકોર્ડસની લેતીદેતીમાં એક ગ્રાહક અંગેની ખાનગી માહિતીના ઉપયોગ અને જાહેરાતનો સમાવેશ થાય છે.

ફોર્મના ભાગો:

ઓળખ:

- નામ: દરેક ફોર્મ ઉપર માત્ર એક જ ગ્રાહકનું નામ પુરૂં પાડો. જ્યારે સેવાઓ મેળવી હોય ત્યારે ગ્રાહકે જે અગાઉના નામો રાખ્યા હોય તેવા કોઇપણ અગાઉના નામોનો સમાવેશ કરો.
- જન્મ તારીખ: સરખા નામો સાથેના વ્યક્તિઓમાંથી ગ્રાહકને ઓળખી કાઢવા માટે જરૂરી.
- ઓળખ નંબર: રેકોર્ડને ઓળખી કાઢવામાં અને ભૂતકાળ અને મેળવેલ સેવાઓને શોધવામાં મદદ કરવા માટે એક ગ્રાહક ઓળખ નંબર અથવા અન્ય ઓળખ નંબર (જરૂરી નથી) પુરી પાડો.
- સરનામું અને ટેલિફોન: વધારાની માહિતી કે જે ગ્રાહકનું સ્થાન નિયત કરવામાં અને ઓળખ કરવામાં કે તેનો સંપર્ક કરવામાં મદદ કરશે.
- અન્ય: આ બોક્સમાં કોઇપણ એવી વધારાની માહિતીનો સમાવેશ કરો કે જે રેકોર્ડસનું સ્થાન નક્કી કરવામાં મદદ કરી શકે કે જે સેવાઓ પરિવારના સભ્યોના નામો કે અન્ય સંબંધિત માહિતી સાથે સંકળાયેલ DSHS ના ભાગોનો સમાવેશ કરતા હોય.

સંમતિ (પ્રમાણભૂતતા):

- રેકોર્ડની લેતીદેતી કરતી સંસ્થાઓ કે વ્યક્તિઓ: આ ફોર્મને ગ્રાહક દ્વારા પૂર્ણ કરવા ઉપર સમગ્ર DSHS ની અંદર ખાનગી માહિતીના ઉપયોગ અને આદાન-પ્રદાનની છૂટ મળે છે. DSHS નોંધાયેલ બહારની સંસ્થાઓ કે વ્યક્તિઓ સમક્ષ ખાનગી માહિતી પ્રગટ કરવા અને મેળવવા માટે સક્ષમ બનશે. નામ, સરનામું અને જો શક્ય બને તો નિયત સ્થાન સહિતની સંસ્થાઓ કે પ્રોવાઇડરો અંગેની ઓળખ આપતી માહિતી પુરી પાડો. તમે માહિતી વહેંચવા માટે મંજુરી સંસ્થાઓની એક યાદી કે જેના પર ગ્રાહકે પણ સહી કરવી જરૂરી છે તેને પણ જોડી શકો છો.

- સમાવિષ્ટ માહિતી: ગ્રાહકોએ સંમતિ દ્વારા દસ્તાવેજોને આવરી લેવામાં આવેલ છે તે દર્શાવવું જરૂરી છે. ગ્રાહકો બધા જ રેકોર્ડોને ઉપલબ્ધ બનાવી શકે અથવા રેકોર્ડની તારીખ, પ્રકાર કે સ્ત્રોત વડે સમાવિષ્ટ રેકોર્ડને સીમિત કરી શકે. જો ગ્રાહક સંમતિમાં સહી ન કરે અથવા ખાસ રેકોર્ડનો વિશિષ્ટ રીતે ઉલ્લેખ ન કરે તો તે રેકોર્ડની આપ-લે કે વહેંચણી જો કાયદા દ્વારા મંજુર કે માન્ય કરાતી હોય તો આવા સંજોગોમાં પણ માન્ય રહેશે. તમે આવરી લેવાયેલ રેકોર્ડસ કે જેના પર ગ્રાહકે પણ સહી કરવી જરૂરી છે તેવી એક યાદી જોડી શકો છો. જો કોઇ રેકોર્ડ કે જે માનસિક આરોગ્ય (RCW 71.05.620), એચઆઇવી/એઇડ્સ અથવા એસટીડી પરીક્ષણ કે સારવાર (RCW 70.02.220), અથવા ડ્રગ કે દારૂની સેવાઓ (42 CFR 2.31(a)(5)), સાથે સબંધ ધરાવતી માહિતીનો સમાવેશ કરતા હોય તો આ રેકોર્ડની વહેંચણી કે આદાન-પ્રદાન કરવા માટે મંજુરી આપવા માટે ગ્રાહકે આ ક્ષેત્રોની વિશિષ્ટ રીતે નિશાની દ્વારા નોંધ કરવી જરૂરી છે. આ ફોર્મ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) હેઠળ સાઇકોથેરાપીની નોંધોનો સમાવેશ કરવા માટે માન્ય નવું અને એક અલગ ફોર્મ આ રેકોર્ડસનો સમાવેશ કરવા માટે પૂર્ણ કરવું જરૂરી બને છે.

- સમયગાળો: તમારા કાર્યક્રમના હેતુઓને જે સિધ્ધ કરે અથવા કાયદા દ્વારા પ્રબંધ કરાયેલ સંમતિ માટેની એક પૂર્ણતા તારીખનો સમાવેશ કરો.

- સમજ: એ વાતની ખાતરી કરો કે ગ્રાહક એ વાત સમજે છે કે શાની મંજુરી આપવામાં આવી રહી છે અને કેવી રીતે અને શા માટે માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરવામાં આવશે. જો જરૂર પડે તો, એક ભાષાંતર કરાયેલ ફોર્મના અને ઇન્ટરપ્રિટર કે દુભાષિયાનો ઉપયોગ કરો અથવા ફોર્મ મોટેથી વાંચો. જો ગ્રાહકને વધારે માહિતીની જરૂર પડે તો પ્રાઇવેસી પ્રેક્ટીસીસની DSHS નોટીસની વધારાની એક નકલ તેને પુરી પાડો અથવા ગ્રાહકને તમારા એકમ માટેના પબ્લિક ડીસ્ક્લોઝર ઓફીસર પાસે મોકલો

સહીઓ:

- ગ્રાહક: આ બોક્સમાં સંમતિની ઉંમર કરતા વધારે ઉંમરના ગ્રાહક કે બાળક પાસે (માનસિક આરોગ્ય અને ડ્રગ તેમજ આલ્કોહોલ સેવાઓ માટે 13 વર્ષ, એચઆઇવી/એઇડ્સ અને અન્ય એચટીડીસ માટે 14 વર્ષ જન્મ નિયંત્રણ અને ગર્ભપાતો માટે કોઇપણ ઉંમર, હેલ્થકેર અને અન્ય રેકોર્ડસ માટે 18 વર્ષ) સહી કરાવો અને સહીની તારીખ નાખો. ગ્રાહક આ બોક્સમાં એક નિશાની ગોઠવી શકે કે જેના તમે સાક્ષી હશો.

- સંસ્થાઓ સંપર્ક કે સાક્ષી: જો તમે ગ્રાહક સમક્ષ ફોર્મ રજૂ કરનાર અને સમજ આપનાર એક વ્યક્તિ હો તો તમે આ બોક્સમાં સહી કરશો. તમારા ટેલિફોન નંબરનો સમાવેશ કરવા વિનંતી. જો ગ્રાહક ધંધાના સ્થળથી દૂર ફોર્મમાં સહી કરી રહ્યો હશે તો ગ્રાહકોને એક સાક્ષી પાસે આ બ્લોકમાં સહી કરાવવા અને ટેલિફોન નંબર આપવાની સુચના આપો. ગ્રાહકની સહીના સાક્ષી તરીકે એક નોટરી પબ્લિક ચાલી શકે છે.

- માતા-પિતા કે અન્ય પ્રતિનિધિ: જો ગ્રાહક સંમતિની ઉંમર કરતા ઓછી ઉંમરવાળુ બાળક હોય તો માતા-પિતા કે વાલીએ સહી કરવી જરૂરી છે. જો બાળક વહેંચવાના બધા જ રેકોર્ડસ માટે સંમતિની ઉંમરની પૂર્તતા કરતો ન હોય તો બાળક અને તેના માતા-પિતા બંનેએ સહી કરવી જરૂરી છે. જો ગ્રાહકને કાનૂની રીતે અસક્ષમ કે અસમર્થ જાહેર કરવામાં આવેલ હોય તો અદાલત દ્વારા નિમાયેલ વાલીએ સહી કરવી જરૂરી છે અને નિમણુંકના આદેશની એક નકલ પુરી પાડવી જરૂરી છે. જો કોઇક વ્યક્તિ અન્ય ક્ષમતામાં સહી કરી રહી હોય તો (કે જેમાં કુલ મુખ્ત્યારનામુ ધરાવતી વ્યક્તિ કે એસ્ટેટના પ્રતિનિધિનો સમાવેશ થાય છે) "અન્ય" એવી નોંધ કરો અને કાર્ય કરવા માટે કાયદેસરની સત્તાની એક નકલ મેળવો. સહી કરનારી વ્યક્તિએ સહીમાં તારીખ નાખવી જરૂરી છે અને ટેલિફોન નંબર કે સંપર્કની માહિતી આપવી જરૂરી છે.